



Cía. Internacional de Seguros, S.A.

Edificio Plaza Credicorp Bank Ave. Nicanor de Obarrio (CL.50)
Apdo. 0833-0084 Plaza Credicorp Bank. Tel. 206-4000

Formulario para la identificación del Consumidor
del Servicio de Seguros - Persona Natural

Acuerdo No. 03 de 24 de noviembre de 2022
"Que reglamenta las disposiciones de prevención de BC/FT/FPADM"
Página 1/1

Este formulario debe ser completado en letra imprenta, de forma precisa, verídica, y sin tachones, ni borrones por todos los que lo diligencien. Complete con líneas o rayas los espacios en blanco, que no apliquen o que no tengan información. La información suministrada en este documento será de estricta confidencialidad, para uso del control interno y solo se proporcionará a las autoridades competentes por razón de algún tipo de investigación o por un reporte de operación sospechosa. La información que se solicita, verifica y actualiza es importante porque forma parte de su contrato de seguros.

Contratante Asegurado Beneficiario de la Póliza Pagador Otro Indique:

Datos Generales

| | | |
|------------------------------|---------------------|-------------------|
| Primer Nombre: | Segundo Nombre: | Apellido Paterno: |
| Apellido Materno: | Apellido Casada: | Género: |
| Fecha de Nacimiento: | País de Nacimiento: | Nacionalidad: |
| Cédula/Pasaporte: | Tel. Celular: | Tel. Residencial: |
| Correo Electrónico Personal: | | |

Dirección Residencial

| | | | |
|---------|------------|-----------|----------------------|
| País: | Provincia: | Distrito: | Corregimiento: |
| Barrio: | Calle: | No. Casa: | Edificio/Piso/Apto.: |

Datos Ocupacionales

| | | |
|---------------|-------------------|-----------------------|
| Profesión: | Ocupación Actual: | Nombre de la Empresa: |
| Tel. Oficina: | Correo: | Dirección: |

Independiente / Comerciante favor describir la actividad a la que se dedica:

Persona Políticamente Expuesta

Desde su nombramiento, hasta dos años después que cesan sus funciones o es separado del cargo para el cual fue calificado como P.E.P.

Categoría de PEP:

Principal: Personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado.
 Familiar Cercano: Padres Hermanos Hijos Cónyuge
 Estrecho Colaborador: Tiene íntima relación, y hace transacciones locales e internacionales en nombre del P.E.P.

Es usted un PEP: No Sí Indique el Cargo Actual o Anterior del PEP (Principal) Período Desde: Hasta:

Nombre del PEP (Principal):

Perfil Financiero

| | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asalariado | <input type="checkbox"/> Independiente | <input type="checkbox"/> Jubilado / Pensionado | <input type="checkbox"/> Otros: Indique |
| Ingresos anuales actividad principal: <input type="checkbox"/> Menos de B/. 10,000.00 <input type="checkbox"/> B/. 10,000.00 a B/. 30,000.00 <input type="checkbox"/> B/. 30,000.00 a B/. 50,000.00 <input type="checkbox"/> Más de B/. 50,000.00 | | | |
| Ingresos anuales por otras actividades: <input type="checkbox"/> Menos de B/. 10,000.00 <input type="checkbox"/> B/. 10,000.00 a B/. 30,000.00 <input type="checkbox"/> B/. 30,000.00 a B/. 50,000.00 <input type="checkbox"/> Más de B/. 50,000.00 | | | |
| Lugar(es) donde Tributa sus Ingresos: | | Número(s) de identificación Tributaria: | |

Declaración

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada en todos los aspectos sobre los cuales se han hecho preguntas. Autorizo a Compañía Internacional de Seguros, S.A. al tratamiento de mis datos personales, de conformidad con la ley 81 de 2019, sobre protección de datos personales y de más disposiciones legales vigentes.

Firma del Consumidor de los Servicios de Seguros/Otros: Fecha:

Favor adjuntar los siguientes documentos:
1. Copia de cédula o pasaporte (leíble y vigente)
2. Cualquier otro documento que la Compañía requiera